Rok LI. Kraków, dnia 7. września 1912. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. **Fidlera** (Radom).

(Ciąg dalszy).

Badanie bakteryologiczne i biologiczne pozwala nam dzisiaj zobrazować całokształt patogenezy duru brzusznego, jąkkolwiek nie wszystkie szczegóły są dotychczas należycie wyjaśnione.

A więc dur brzuszny jest schorzeniem układu chłonnego całego ustroju z przeważnem zajęciem jego części brzusznej, wywołanem przez laseczniki Ebertha-Gaffkyego.

Badania pośmiertne bowiem wykazują mniej lub więcej wydatne obrzmienie gruczołów krezkowych, przeważnie bliżej jelita biodrowego, powiększenie gruczołów chłonnych w innych częściach ustroju: w okolicy żołądka, wrót wątroby, gruczołów oskrzelowych, szyjnych, karkowych, niekiedy na kończynach, oraz obecność w nich l. durowych.

Dur brzuszny w przypadkach wykształconych przedstawia się jako choroba całego ustroju, posiadająca wszystkie znamiona typowe posocznicy (sepsis), a mianowicie: wtargnięcie do ustroju pierwiastka chorobotwórczego w jakiemkolwiek miejscu, gnieżdżenie się i rozmnażanie w pewnych narządach (narząd chłonny), przewlekłe, trwające tygodniami, wracanie do krwi l. durowych, przenoszenie się ich prądem krwi do różnych narządów, osiedlanie się tam laseczników z następnem ich rozmnażaniem.

Dur brzuszny posiada zasadnicze znamię, wymagane od posocznicy, t. j. stałą obecność drobnoustroju chorobotwórczego we krwi podczas całego trwania choroby.

Jest to więc posocznica (septicaemia) w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Wrota zakażenia leżą w jakiemkolwiek miejscu przewodu pokarmowego. Jako wrota służyć mogą: migdały, gardło, żołądek, jelita. (W niektórych przypadkach możemy stwierdzić obrzmienie i zaczerwienienie migdałów oraz błony śluzowej gardła. Na tylnej ścianie widać obrzmienie grudek w postaci czerwonych punktów wielkości ziarnka soczewicy).

Z wrót zakażenia l. durowe przedostają się do dróg chłonnych, w których się rozmnażają i posuwają się dalej przez większe naczynia chłonne doprowadzające do odpowiednich gruczołów chłonnych.

W pewnej nieznacznej części lżejszych przypadków sprawa może się umiejscowić w gruczołach, zaś w większości laseczniki wędrują dalej w kierunku dośrodkowym i odśrodkowym. Przy pomocy ruchu odśrodkowego następuje zakażenie całego szeregu dróg chłonnych w krezce i grudkach chłonnych w ścanach jelit, oraz następcze powstawanie w nich owrzodzeń. Lasecznik przeciska się do rozgałęzień chłonnych, wiodących do skóry. Pojedyncze laseczniki dostają się do najdrobniejszych rozgałęzień naczyń chłonnych w skórze właściwej i wywołują powstawanie różyczki.

E. Fraenkel na zasadzie badań mikrologicznych wykazał co następuje: lasecznik durowy zostaje zawleczony do jednej lub kilku brodawek skórnych, rzadziej do części siatkowej (pars reticularis) i wywołuje tam bujanie stałych komórek łącznotkankowych. Miejscami następuje martwica naskórka. W naczyniach włoskowatych Fraenkel nie znajdował l. durowych. Różyczka jest zatem wyrazem odczynu ze strony naczyń włoskowatych dokoła zakażonych dróg chłonnych skóry — jest miejscowem zapaleniem.

L. durowe w różyczce można najłatwiej wykazać w okresie wysypywania. Poźniej laseczniki szybko zamierają W ropie z ropni, powstałych na miejscu wykwitów, znajdowano l. durowe w czystej hodowli (O. Mayer).

Ponieważ l. durowy przedostaje się do skóry poprzez drogi chłonne ruchem wstecznym, przeto zajmuje części skóry, leżące najbliżej najbardziej dotkniętego narządu chłonnego, t. j. narządu jamy brzusznej, wskutek czego przeważnie na skórze brzucha znajdujemy różyczkę. Nie wiemy tylko, dlaczego w pewnych przypadkach mamy obfitą różyczkę, w innych zaś brak jej zupełnie. Może odgrywa tutaj rolę pewna odporność tkanek, stwarzająca mniej lub więcej pomyślne warunki dla rozwoju l. durowych. Oprócz wskazanej powyżej drogi l. durowe obierają sobie inną. Przez przewód piersiowy laseczniki przedostają się do obiegu krwi.

Otóż w ten sposób następuje ogólne zakażenie ustroju, zawleczenie i osadzenie laseczników w różnych narządach, co wywołuje swoiste zmiany, n. p. w szpiku kostnym w postaci ognisk martwiczych. Do śledziony i wątroby laseczniki przedostają się na drodze chłonnej. W licznych przypadkach

l. durowy nie zadowalnia się siedzibą w naczyniach chłonnych jamy brzusznej, lecz wędruje dalej. Przedostaje się do gruczołów oskrzelowych, a nawet do najdrobniejszych rozgałęzień naczyń chłonnych w płucach. Tym sposobem możnaby zadowalniająco tłómaczyć powstanie nieżytów oskrzelowych przy durze i swoistych zapaleń płuc (pneumotyphus). Obrzmienie powierzchownych gruczołów chłonnych na szyi i pod pachą, w których stwierdzono obecność l. durowych, każe przypuszczać, iż i tutaj lasecznik przywędrował przez naczynia chłonne. Toby dostatecznie tłomaczyło powstawanie różyczki na kończynach w pewnej części przypadków. I tutaj l. durowy przedostawałby się z gruczołów przez najdrobniejsze gałązki chłonne.

Otóż na zasadzie obecnego stanu naszych wiadomości o durze brzusznym możemy z wszelką pewnością twierdzić, iż nie należy uważać duru brzusznego za schorzenie w ścianach jelit Znane są bowiem przypadki, w których nie brakło żadnego z klasycznych objawów klinicznych duru brzusznego, a tymczasem badanie pośmiertne nie wykryło typowych anatomo-patologicznych zmian, badanie zaś bakteryologiczne krwi stwierdziło obecność l. durowego. Oprócz tego już dawno wiemy, iż ilość oraz wielkość owrzodzeń w jelitach bardzo często nie odpowiada ciężkości przypadków. Bywa zazwyczaj owrzodzeń mniej, aniżeliby się można spodziewać względnie do ciężkości przebiegu.

To też w przypadkach bez zmian w jelitach rzadziej można wykryć l. durowe w naczyniach chłonnych, przeciwnie zaś stale je można wykazać w śledzionie i we krwi.

Na zasadzie badań dotychczasowych nie można twierdzić, by lasecznik durowy rozmnażał się przeważnie w tych miejscach błony śluzowej jelit, w których spotykamy typowe zmiany anatomo-patologiczne. Przeciwnie tam, gdzie l. durowy znajduje się w czystej hodowli, jak w żołądku i jelicie czczem, wywołuje on co najwyżej obrzmienie grudek chłonnych.

L. durowy stale znajduje się w pęcherzyku żółciowym, w którym dzięki pomyślnym warunkom rozwoju w żółci pozostawać może długo nawet po ukończonym przebiegu, nieraz całe dziesiątki lat. Dopóki pęcherzyk zawiera laseczniki, dotąd stale ich dostarcza do jelit. Większa część roznosicieli zarazy rekrutuje się z tego źródła, co powoduje powstawanie nowych i odległych pod względem czasu epidemii.

Obecność l. durowych może nie wywoływać żadnych zmian anatomicznych w pęcherzyku, ani nie przejawiać się klinicznie. Błędnem jest mniemanie według Schottmüllera, by l. durowe powodowały powstawanie kamieni żółciowych. Przeciwnie należy uznać, iż obecność kamieni żółciowych stwarza pomyślne warunki do osiedlania się, przechowywania l. durowych i powstawania zapaleń pęcherzyka. Ponieważ przeważnie kobiety cierpią na kamicę żółciową, przeto też i one są najczęstszemi roznosicielkami zarazy durowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Salwarsan a neosalwarsan

podał

Dr Mondschein (Stanisławów).

Salwarsan w roztworze wodnym oddziaływał kwaśno; jako taki okazywał miejscowo i ogólnie trujące działanie, musiał być więc zobojętniany lub zamieniany nawet na rozczyn zasadowo oddziałujący zapomocą normalnego rozczynu ługu żrącego. Tenże ług żrący nie był atoli obojętny dla ustroju, raz, że sam jako silna zasada działał miejscowo żrąco, powtóre, że nieraz zdarzały się omyłki ze strony aptekarzy, lub ług dostarczany był przez nich nie zawsze w stanie oczyszczonym. Nieraz też zdarzało mi się spostrzegać, że po dodaniu rozczynu ługu żrącego barwa kanarkowo żółta zawiesiny salwarsanu zmieniała się w brudno-zieloną, a dość przyjemny zresztą zapach salwarsanu nabierał wyraźnie woni siarkowodoru. W tym stanie wstrzyknięty salwarsan wywoływał śródmiąższowo bardzo silny obrzęk, silną bolesność, długotrwającą, zaczerwienienie skóry, a ogólnie nieraz silne dreszcze, gorączkę.

Neosalwarsan o tyle już na wstępie samym ma wyższość, że rozczyniony w wodzie przedstawia płyn, odrazu obojętnie oddziałujący. Otrzymał go Ehrlich przez działanie połączenia formaldehydo siarkowego na dwuoksydwuaminoarsenobenzol; wobec mniejszej zawartości arsenu, stosuje się go w większej dawce, niż salwarsan.

Ze względu na zawartość arsenu odpowiada:

0,15 gr.	neosalwarsanu	=	0,1 gr.	salwarsanu
0,3 gr.	»	=	0,2 gr.	»
0,45 gr.	»	=	0,3 gr.	»
0,6 gr.	»	=	0,4 gr.	»
0,75 gr.	»	=	0,5 gr.	»
0,9 gr.	»	=	0,6 gr.	»

Dawka, liczba wstrzyknięć, jakoteż odstępy czasu między poszczególnemi wstrzyknięciami zależą, jak przy salwarsanie od stanu choroby, od konstytucyi danego chorego, nakoniec od jego wieku. Ogółem powiedzieć można, że neosalwarsan lepiej bywa znoszony przez ustrój, że działanie jego równa się działaniu salwarsanu, że lepiej nadaje się do wstrzyknięć śródmiąższowych, jest więc bardziej przystępny stosowaniu przez lekarza praktyka. Opierając się na około 25 dotąd zrobionych wstrzyknięciach tego nowego przetworu, mogę powiedzieć, żo samo jego stosowanie śródmiąższowe jest mniej bolesne, niż starego przetworu, że ból ten trwa od 4—8 godzin, poczem ustaje, trzeciego zaś dnia powraca, słabszy jednak, niż dnia pierwszego, a o wiele słabszy, niż trzeciego dnia przy stosowaniu salwarsanu. Dla zmniejszenia bolu nie zawadzi przed zastosowaniem neosalwarsanu śródmiąższowo, wstrzyknąć najpierw $1-1^1/_2\%$ rozczynu nowokainy. Co do ilości wody użytej, do rozczynienia neosalwarsanu to na każde 0·15 gr. przetworu użyć należy 3 cm^3 wody, najlepiej świeżo przekroplonej; rozczyn ten powinien natychmiast być użyty do wstrzyknięć, ponieważ jeszcze łatwiej niż salwarsan ulega utlenieniu.

Piśmiennictwo bieżące.

Otyatrya i laryngologia.

Rouget. **Sposób Lombarda otwarcia opuszki żyły szyjnej.** (Annales de l'otol. etc. Tom 38. Zeszyt 2). W wyjątkowych razach, gdy mimo podwiązania żyły szyjnej i otwarcia zatoki, objawy zakażenia nie ustępują, musimy uciec

się do otwarcia opuszki żyły szyjnej, ewentualnie wykonujemy je odrazu, gdy niema widoków korzystnych z samego otwarcia zatoki. Oprócz sposobu Piffla (transtympanal), Guenesta (transmastoidal), zalecił Lombard sposób zwany »atleido-occipital«, który też poleca Rouget, jako sposób dający najlepszy dostęp i zapewniający dokładne oczyszczenie ogniska ropnego w opuszce. Zabieg składa się z sześciu części i tak: podwiązanie żyły szyjnej, wydłutowanie wyrostka sutkowego, odsłonięcie żyły szyjnej, odczepienie mięśni karkowych, odsłonięcie opuszki żyły przez wydłutowanie tylnego brzegu otworu jarzmowego, nacięcie ściany zatoki, opuszki i żyły z oczyszczeniem, wyłyżeczkowaniem i tamponadą. A. B.

Haike. **Nowy objaw zachorzenia narządu przedsionkowego.** (Berlińskie Stow. otologiczne. Centralbl. f. Otol. T. X. S. 259). H. przedstawił chorą, u której z powodu przewlekłego ropienia z ucha wraz z objawami błędnikowymi wykonano operacyę doszczętną i wydłutowanie błędnika. Obecnie chora utraciła poczucie ustawienia prostego głowy. Jeżeli chorej każe się przechylić głowę ku stronie operowanej, a następnie wezwie się chorą, by głowę z powrotem ustawiła prosto, przechyla ją daleko na stronę zdrową. Chodzi tu o zaburzenie świadomości prostego ustawienia głowy, objaw, który może być ważnym w rozpoznawaniu zachorzenia narządu przedsionkowego. A. B.

Kilian. **Laryngoskopia wieszadłowa.** (Schwebelaryngoskopie). (Archiw Fränkla Tom XXVI. Str. 277). Szpatułka nosowa Kirsteina do badania krtani wprost (laryngoscopia directa), która najpierw przez Kiliana zmieniona została na szpatułkę rynienkową, ani w tej ani w innej postaci, utrudniając dostęp do krtani, nie daje dostatecznej swobody przy zabiegach. Dlatego starał się Kilian zbudować nowy przyrząd, któryby ustalał z jednej strony język wraz z nagłośnią, a z drugiej podniebienie, rozwierał automatycznie usta, wreszcie zawieszał w całości głowę względnie krtań. Badany leży na stole z głową zwieszoną w tył, zawieszoną na przyrządzie, który ułatwia bardzo dostęp, a tem samem zabiegi w krtani i w dolnym odcinku gardła z jednej, a w górnym odcinku poza podniebieniem z drugiej strony. U osób nie liczących jeszcze lat 16, musi się stosować uśpienie ogólne, u innych wystarcza znieczulenie skopolaminowo-morfinowe. Autor przyznaje, że konstrukcya przyrządu samego wymaga jeszcze ulepszeń; w samej już jednak zasadzie przyrządu, uznać należy ogromny postęp na drodze zabiegów wprost (laryngoscopia directa), A. B.

Caldera **Poszukiwania nad bakteryemią w chorobach uszu, nosa i gardła.** (Arch. Ital. di otol. rinol. e laring. 1912 Nr 2). Badania autora wykazały brak bakteryi we krwi w różnych nawet ciężkich chorobach gardła, mimo, że w chorem miejscu gardła było ich bardzo dużo. Naodwrót znajdowały się bakterye we krwi nawet przy lekkich zapaleniach ropnych ucha. Autor tłómaczy to tem, że w ropieniach usznych, z ropy zamkniętej w jamie kostnej, o ścianach niepodatnych, łatwiej wchłaniają się bakterye do krwi. Z tego też powodu bakteryemia w chorobach usznych niema złowrogiego znaczenia prognostycznego. Z ropni w gardle tylko w szczególnie niekorzystnych warunkach następuje wchłanianie zarazków do krwi i wtedy też występują bardzo ciężkie objawy ogólne lub nawet typowa posocznica. Spira.

Leroux. **Niebezpieczeństwo mentolu w leczeniu chorób nosa.** (Annal. des malad. de l'oreille etc. 1911. Nr 11. Autor zwraca uwagę na szkodliwe działania mentolu i ostrzega przed nieoględnem i bezkrytycznem jego używaniem. Zwłaszcza u dzieci i u niemowląt należy się wystrzegać tegô leku, który w tym wieku może wywołać stany zamartwicze nawet z zejściem śmiertelnem. Przyczyna przypadłości w spostrzeganych dotąd przypadkach leżała w wywołanym przez mentol nadmiernem wydzielaniu (hypersecretio), w skurczu głośni lub w zadziałaniu odruchowem na płuca i serce. Innymi nieprzyjemnymi skutkami, spostrzeganymi po zastosowaniu mentolu są: silne bóle miejscowe, róża wrzekoma twarzy, zapalenie spojówki, kaszel gardłowy, rwa uszna, rumień nozdrzy i wargi górnej. Spira.

Patenostre. **Badanie czynnościowe błędnika u starców.** (Annal. des malad. de l'oreille etc. 1912, Nr 2). Badając czynność błędnika u ludzi starych w wieku 60—70 lat którzy nie przebywali żadnych chorób uszu znajdował autor co następuje: 1) Pod względem czynności części ślimakowej: szept słyszeli badani na odległość 8 m (zamiast 20 m. u młodych), chód zegarka na 50 cm. (zamiast 230 cm), gorzej, niż szept. Lewem uchem słyszano prawie zawsze lepiej, niż prawem. Kobiety słyszały wogóle lepiej, niż mężczyźni. Przez kości czaszkowe słyszała chód zegarka tylko $^1/_6$ część wszystkich badanych. Bystrość słuchu przez powietrze co do strojnika *c* była zmniejszona, lecz znacznie lepsza, niż co do zegarka i mowy. Trwanie przewodzenia kostnego było znacznie zmniejszone, przytem były nieraz różnice między obu uszami do 10 sekund. U niektórych badanych przewodzenie kostne całkiem było zniesione. Te zaburzenia słuchu przypisuje P. zmianom w narządzie przyjmującym dźwięki, jak również rozrzedzenie lub stwardnienie kości, zmianom, zwykłym w wieku podeszłym. 2) W przeciwieństwie do czynności słuchowej błędnika czynność jego statyczna okazała znacznie mniejsze różnice od stanu w wieku młodym. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 1 lipca 1912.

1) Członek K. Kostanecki przedstawia rękopis II. tomu dzieła p. t.: **Anatomia człowieka** przez prof. Dra Adama Bochenka.

Tom I, który ukazał się w r. 1909, obejmował część ogólną i dwa działy części szczegółowej. W części ogólnej autor przedstawił: 1) rys historyi anatomii, przyczem w osobnym ustępie uwzględnił dzieje anatomii w Polsce i na Litwie, 2) rys rozwoju ustroju ludzkiego, od pierwszych chwil do epoki tworzenia się narządów; 3) rys historyi ogólnej. Z części szczegółowej znalazła opracowanie w tym tomie nauka o kościach, stawach i więzadłach, jakoteż nauka o układzie mięśniowym. Przedłożony obecnie przez autora do druku tom II zawierać będzie: naukę o przewodzie pokarmowym, o przewodzie oddechowym, o narządach moczowopłciowych i o narządach krążenia.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. J. Dunin-Borkowskiego i H. Wachtla: **O chłonieniu cukru w jelicie cienkiem.**

Autorowie starali się uwzględnić wszystkie czynniki (dyfuzya, osmoza, zmiany chemiczne), działające nietylko od strony światła jelita, lecz i od strony przeciwnej, t. j. od naczyń ku światłu. Po przewiązaniu naczyń i wstawieniu kaniulek do żyły i do tętnicy odprowadzającej umieszczano odcinek jelita w naczyniu z płynną parafiną. Krew ze zbiornika (ciśnienie 120 cm) ogrzewała się do 37° w tym samym termostacie, w którym umieszczone było naczynie z jelitem. Jelito przez cały czas doświadczenia okazywało żywy ruch robaczkowy. W świetle jelita znajdowała się określona ilość cukru gronowego. Z wprowadzonego do jelita rozczynu cukru znika do 60% (n. p. 3 g), przyczem we krwi zużytej do doświadczenia znajdujemy tylko 0.1 g cukru. Doświadczenia (wykonane na 8

psach) wykazują, że we krwi odnajdujemy zaledwie drobną część wessanego cukru. Należy zatem poddać rewizyi pogląd, jakoby cukier w całości dostawał się do krwi przez żyłę wrotną.

3) Czł. St. Bądzyński przesyła pracę pp. W. Skórczewskiego i J. Sohna: **O zachowaniu się kwasu 2 fenylochinolino-4-karbonowego w ustroju człowieka.** Autorowie zauważyli, iż mocz, wydalony po podaniu wewnętrznem kwasu 2-fenylo-chinolino-4-karbonowego (atofanu), daje szereg osobliwych odczynów barwnych: 1) zabarwia na kolor żółty rozcieńczony kwas solny; 2) daje żółty osad z kwasem fosforowolframowym; 3) daje zieloną barwę roztworu z siarczanem amonu i amoniakiem; 4) daje lekko zielone zabarwienie po zalaniu chlorkiem żelaza; 5) okazuje typowy dwuazowy odczyn z odczynnikiem Ehrlicha. Ponieważ odczyny te pochodzić mogą tylko od związku, który wytworzył się w ustroju z atofanu, autorowie próbowali wydzielić z moczu ów nieznany związek. W istocie, z większej ilości moczu osób, którym podawali atofan, zdołali otrzymać poszukiwane ciało, które posiadało skład $C_{16}H_{11}NO_3$, tj. było bogatsze o jeden atom tlenu od wymienionego kwasu, okazało się przeto kwasem oksy-2-fenylochinolino-4-karbonowym.

4) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i L. Krausego: **O kwasie oksyprotsulfonowym.** (Część II). Autorowie podają wyniki dalszych badań nad frakcyami kwasu oksyprotsulfonowego z ciałka krwi. Pomiary zasadowości kolejnych frakcyi oraz pomiary polarymetryczne wykazały pewne niezbyt znaczne różnice pomiędzy frakcyami. Wybitne różnice występują w liczbach rozpuszczalności w kwasie octowym i alkoholu. Oznaczenia ilościowe siarki odszczepialnej wykazały różnice między frakcyami, natomiast ilości siarki ogólnej wszędzie były zgodne. Frakcye były jodowane; autorowie znaleźli różne ilości wprowadzonego do nich jodu. Próbowano również utleniać frakcyę, nierozpuszczalną w kwasie octowym; otrzymano produkt co do ogólnych własności podobny do kwasu oksyprotsulfonowego; rozdzielano go kwasem octowym na podobne frakcye, produkty te jednak nie zawierały już siarki odszczepialnej.

5) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. M. Schubertówny: **O kwasie oksyprotsulfonowym z sernika.** Prowadząc dalej badania nad kwasem oksyprotsulfonowym z sernika, rozpoczęte przez pp. J. Buraczewskiego i L. Krauzego, autorka wyosobniła frakcyę, opadającą z kwasu octowego przy studzeniu, której istnienia tym autorom stwierdzić się nie udało. Wyosobnione frakcye okazały niewielkie, stopniowe różnice w składzie elementarnym, w ilości siarki ogólnej i w zasadowości oraz w zdolności wiązania jodu. Autorka utleniała frakcyę nierozpuszczalną w kwasie octowym i otrzymała produkty, które można rozdzielić w analogiczny sposób jak sam kwas oksyprotsulfonowy; różnią się one od tamtych zupełną nieobecnością siarki odszczepialnej, znaczną zasadowością i obojętnością na działanie jodu.

6) Czł. H. Kadyi przedstawia pracę p. I. Markowskiego: **Badania nad rozwojem zatok żylnych opony twardej i żył mózgu człowieka.** (Część I. Płody 15·5—49 mm długości z częściowem uwzględnieniem płodów 4—7 miesięcznych). Na podstawie rekonstrukcyi plastycznych z czterech płodów ludzkich długości 15·5, 19·4, 30·4 i 46·5 (w których są przedstawione mózg i praczaszka z nerwami i naczyniami głowy), seryi skrawków z 8 innych płodów z tych samych okresów rozwojowych, oraz preparatów injekcyjnych z płodów 4—7 miesięcznych, opisuje autor szereg splotów żylnych opony twardej i żył mózgowych. U płodów z drugiego miesiąca autor odróżnia sploty parzyste, mianowicie sploty boczne, przedni i tylny i sploty nieparzyste środkowe, mianowicie: splot środkowy przodomózgowia ze splotem strzałkowym górnym i żyłą środkową przodomózgowia, oraz splot środkowy śródmózgowia z żyłą środkową śródmózgowia. Do tych splotów uchodzą zawiązki żył mózgowych, z których główne autor oznacza nazwami: żyły kresomózgowia, boczna i dolna, żyły międzymózgowia, boczna i dolna, żyła śródmózgowia boczna i żyła tyłomózgowia boczna. Do przyśrodkowej żyły głowy uchodzą dwie żyły z oczodołu, które autor nazywa górną i dolną, oraz żyła tyłomózgowia podstawowa. Na podstawie szczegółowego opisu wymienionych splotów żylnych i żył w różnych okresach rozwojowych autor podaje pogląd na rozwój krążenia żylnego w jamie czaszkowej, zatok żylnych i żył opony twardej podoponowej części żyły łączącej wielkiej, t. zw. zatoki skalisto-potylicznej, głównej żyły oczodołu wpadającej do zatoki jamistej. Autor tłómaczy nieprawidłowości, które wymienione żyły i zatoki żylne przedstawiają niekiedy po ukończonym rozwoju i porównywa te naczynia z naczyniami niektórych zwierząt ssących i gadów, wykazujac homologie w procesach rozwojowych. Co do żył mózgowych płodu, autor ogranicza się do przedstawienia ich rozwoju u płodów 15·5—49 mm długości. Kończy ogólnemi uwagami o rozwoju żył śródczaszkowych.

7) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i L. Zbyszewskiego: **O prądach czynnościowych gruczołów potnych i ślinianek.** Zapomocą galwanometru Einthovena zbadali autorowie przebieg zmian elektrycznych, które powstają w gruczołach potnych i ślinnych podczas ich czynności. Autorowie pobudzali gruczoły przez drażnienie nerwu kulszowego, ślinianki zaś przez działanie ich nerwów wydzielniczych, tj. struny bębenkowej i nerwu współczulnego, bądź też na drodze odruchu. Prądy czynnościowe, przy drażnieniu nerwów wydzielniczych powstają pod wpływem jednorazowych podniet krótkotrwałych, jakoteż i pod wpływem drażnienia dłuższego. Po okresie utajonego podrażnienia, wynoszącym przeważnie mniej niż sekundę, w gruczole zjawia się prąd wstępujący. Przebieg tego prądu ma charakter zależny od sposobu drażnienia i od gruczołu; charakter ten autorowie opisują szczegółowo. Przeciwnego kierunku wychylenia, tj. prądu zstępującego autorowie nie zauważyli, nawet w śliniance przy drażnieniu nerwu współczulnego. W tych doświadczeniach zatem proces asymilacyjny gruczołu, występujący, jak wiadomo, równocześnie z procesami dyssymilacyjnymi, nigdy nad nimi nie przeważał. Że procesy dyssymilacyjne występowały, tego dowodzi zestawienie stosunku, zachodzącego pomiędzy trwaniem wychylenia a wydzielaniem. Drażnienie chemiczne gruczołów pilokarpiną nie pozwalało przedstawić zmian elektrycznych graficznie, z powodu ich zbyt powolnego rozwijania się. Autorowie zajmowali się również wpływem atropiny i chloroformu na prądy czynnościowe i na ich przebieg. Atropina w małej dawce przedłuża okres utajonego podrażnienia, następnie znosi prądy czynnościowe lub wywołuje prąd występujący z gruczołu. Uśpienie chloroformowe przedłuża znacznie okres utajonego podrażnienia i prędko znosi wychylenie. Chloroform działa zgubnie na tkankę gruczołową, działa prędzej, aniżeli ustanie krążenia krwi.

8) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę Dra Z. Szymanowskiego: **Studya z dziedziny anafilaksyi.**

I. Czy środki strącające białko mogą wywoływać objawy, podobne do wstrząsu anafilaktycznego? Przyczyna wstrząsu anafilaktycznego nie jest jeszcze wyjaśniona. Doerr przypuszcza, że czynnikiem wyzwalającym wstrząs jest naruszenie równowagi koloidów surowicy, bądź na drodze swoistego odczynu między antygenem a surowicą odpornościową, bądź na drodze nieswoistej. Za czynniki nieswoiste Doerr uważa koloidy strącające białko. Nasuwa się pytanie, jak w tym względzie zachowują się środki, strącające białko wogóle. Badania autora wykazały, że przynajmniej część strącalników białka w określonych optymalnych dawkach wywołuje typowy wstrząs, daje w obrazie sekcyjnym rozdęcie płuc i sprowadza niekrzepliwość

krwi. Środki strącające białko wywołują obniżenie ciepłoty ciała. Objawy te wchodzą w skład wstrząsu anafilaktycznego. Zbadane zostały: $Cu(NO_3)_2$, $CuSO_4$, $HgCl_2$, $ZnSo_4$, $Pb(C_2H_3O_2)_2$, tanina i kwas pikrynowy.

II. O swoistości antyanafilaksyi. Autor bada tę sprawę na świnkach uczulonych dwiema surowicami. W różnych momentach uczulenia antyanafilaktyzuje świnki różnemi dawkami jednej surowicy i wyznacza następnie wysokość dawki śmiertelnej drugiej surowicy. Okazuje się, że antyanafilaksya jest swoista jakościowo, że jednak nadwrażliwość na jedną surowicę zmniejsza się pod wpływem antyanafilaktyzowania drugą. Spadek jest tem większy, im mniejsze jest uczulenie ustroju, oraz im wyższa była dawka antyanafilaktyczna.

III. W sprawie anafilatoksyny bakteryjnej. Bakterye, rozmącone w świeżej surowicy morskiej świnki, czynią ją toksyczną dla morskiej świnki (Friedberger). Besredka sądzi, że substancyą czynną jest tu pepton, przeniesiony z pożywki wraz z bakteryami. Autor sporządza zawiesinę w surowicy z bakteryami z trojakich hodowli: 1) na zwykłym agarze z peptonem, 2) na agarze bez peptonu, 3) na agarze z pożywką syntetyczną bezbiałkową Fraenkla. Wszystkie te emulsye dają płyn jednakowo toksyczny; wydaje się nawet, że bakterye z agaru peptonowego wywołują toksyczność najmniejszą.

(Przedmiot 23 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie kliniczne z d. 5. czerwca 1912 r.

Przewodniczący kol. Sterling, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. Goldberg pokazał kobietę **z guzem** w okolicy **śliniankí przyusznej.** Ma zamiary guz usunąć.

2) Kol. Tereszkowicz pokazał (z oddziału kol. Sterlinga) 26-letnią kobietę, dotkniętą **przewlekłą białaczką, leczoną promieniami Roentgena** ze znakomitą poprawą. Powiększenie brzucha i wyczuwanie guza datuje się od roku, inne dolegliwości, jak bóle brzucha, pocenie się, dreszcze, od 3 lat. Gdy chora przybyła do szpitala, stwierdzono stan podgorączkowy, szmery anemiczne w sercu, zaostrzony oddech w szczytach płuc, guz zajmujący całą lewą połowę jamy brzusznej, bolesny samoistnie i przy uciskaniu, $2^1/_2$ mil. czerw. ciałek krwi w sześc. cent., 180.000 białych, stosunek białych do czerwonych 1:13, dużo myelocytów, eozynofilów, mało limfocytów, figury karyokinetyczne w czerwonych ciałkach. Rozpoznano: leukaemia lien. medull. Przed zastosowaniem promieni Roentgena wstrzyknięto chorej 0,4 salwarsanu, co sprowadziło pogorszenie stanu. Naświetlań rentgenowskich zrobiono 5 w odstępach 2—4 tygodniowych, każde posiedzenie trwało 10 minut. Wynik: czerw. ciałek = 4 mil., białych = 9.000, dużo poikilocytów, myelocyty. Śledziona ledwie wyczuwalna, ciepłota nie przekracza 37,3; chora znacznie utyła (7 kilg), czuje się dobrze, gorączka, dreszcze i poty znikły. Opuściła oddział z dużą poprawą po 4 przeszło miesiącach pobytu w szpitalu.

3) Koleżanka Szapiro w zastępstwie kol. Pańskiego pokazała 12-letniego chłopca, wyglądającego na 6—8 lat, który miał od urodzenia dużą głowę, lecz po urazie, co zdarzyło się przed 9 miesiącami, gdy chłopczyk upadł, głowa zaczęła się bardziej powiększać. Wraz z powiększaniem się głowy zaczęły występować wymioty; dzieciak skarżył się na bóle głowy. Od kilku dni źle widzi. Badanie dna oka wykazuje wyraźną tarczę zastoinową. Rozpoznanie waha się między **nowotworem móżdżku i zapaleniem surowiczem ograniczonem opon mózgowych.**

4) Kol. Lipszyc: **Trudne ząbkowanie** (dentitio difficilis) **w świetle poglądów nowoczesnych.**

Prelegent zaczął od przytoczenia poglądów dawnych autorów, którzy tłómaczyli najrozmaitsze stany chorobowe u dzieci w okresie wyrzynania się zębów trudnem ząbkowaniem, następnie przeszedł do prac Kassowitza w tym przedmiocie, które, zwłaszcza w Niemczech, wywołały przewrót w poglądach. Podług K. ząbkowanie, będąc zjawiskiem fizyologicznem, nie wpływa zupełnie na zdrowie dziecka. Następnie prelegent, po szczegółowem omówieniu i rozbiorze całego szeregu objawów chorobowych, zwykle przypisywanych trudnemu wyrzynaniu się zębów, jak: drgawek, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, gorączki i t. d., dochodzi zgodnie z Kassowitzem do wniosku, że objawy te nie mają nic wspólnego z trudnem ząbkowaniem i że przypisywanie rozmaitych cierpień dzieci trudnemu wyrzynaniu się ząbków, jako nie oparte na żadnej podstawie naukowej, należy dziś zaliczać do kategoryi przesądów.

W dyskusyi kol. Schoenaich wyraził zdziwienie, że prelegent wcale nie wspomniał o pracach najnowszych, które stanowią pewien zwrot do poglądów dawnych na omawianą sprawę.

Według kol. Szwarcwasera, stanowisko prelegenta, odrzucającego kategorycznie i z góry wszelką możliwość wpływania utrudnionego ząbkowania na wrażliwy ustrój dziecięcy, jest niewątpliwie skrajnością nieuzasadnioną. Nie ulega wątpliwości, iż w większości przypadków przy pilniejszem rozpatrzeniu zjawisk chorobowych, spostrzeganych w okresie ząbkowania, znajdą się bardziej ważne czynniki chorobotwórcze, niż za często może rozpoznawane ząbkowanie samo przez się. Nie można jednak powiedzieć, aby te obrazy chorobowe, które według słów prelegenta należy mieć na uwadze przy ocenie stanów nienormalnych okresu ząbkowania, były co do swej etyologii tak jasne, aby rozpoznanie tych chorób można było uważać zawsze za bezwzględny postęp dyagnostyczny. Weźmy spazmofilię. Jestto termin nozologiczny, obejmujący najrozmaitsze pod względem przyczynowym obrazy chorobowe. Jestto raczej nazwa grupowa dla chorób, mających jedynie jako wspólność niezwykłą wrażliwość nerwów obwodowych czuciowych i odruchowych. Rozpoznać spazmofilię, znaczy więc tylko stwierdzić i ująć w jeden termin fakt istnienia tej wrażliwości i łatwości wywołania zjawisk drgawkowych, zapomocą nawet czynników dla innych osobników zupełnie normalnych. I tutaj nasuwa się myśl, że jeśli przy spazmofilii już samo głaskanie twarzy w okolicy pes anser. major może wywołać drgawki odpowiednich mięśni (zjaw. Chwostka), skoro przy tejże skazie możliwem jest przez ucisk wywarty na nerw czuciowy wywołać parestezye na całej przestrzeni tego nerwu (zjaw. Hoffmanna), to czemużby wzmożone ciśnienie wyrzynającego się zęba na otaczające go dziąsło, nie mogło przy usposobieniu spazmofilowem wywołać zjawisk analogicznych ze zjawiskami Chwostka i Hoffmanna. (Streszczenie własne).

Kol. Mogilnicki jest tego zdania, że, jakkolwiek ząbkowanie może być przyczyną rozmaitych zaburzeń u dzieci, jednakże pogląd ten należy zwalczać ze względu na interes zdrowia warstw nieoświeconych, gdzie przekonanie to nadmiernie się zakorzeniło i gdzie na karb ząbkowania kładzie się wiele ciężkich spraw chorobowych, wskutek czego zaniedbuje się należytej pomocy lekarskiej.

Kol. Trenkner wyraża zdanie, że, chociaż ząbkowanie jest zjawiskiem fizyologicznem, jednakże nie można stanowczo twierdzić, że to zjawisko zawsze przebiega prawidłowo i nie wkracza w dziedzinę patologii. Spostrzeżenia bowiem z praktyki pouczają, że nieraz dziecko, skądinąd zupełnie zdrowe, bez zmian w narządach wewnętrznych, nagle dostaje naprzykład gorączki, która dopiero z chwilą ukazania się wyrzynającego się ząbka obniża się.

» Sonenberg mówił o tem, jak w dermatologii zapatrują się na sprawę stosunku, zachodzącego między wyrzynaniem się zębów, a powstawaniem pewnych cierpień skóry. Oto autorowie niemieccy prawie bez wyjątku, albo wcale nie wspominają

o wyrzynaniu się zębów, jako przyczynie niektórych cierpień skóry, albo rzecz tę lekceważą. Inaczej na omawianą sprawę zapatrują się Francuzi. Z autorów francuskich bardzo wielu przypisuje wyrzynaniu się zębów rolę czynnika w powstawaniu niektórych cierpień skóry lub w obostrzeniu już istniejących wykwitów. Dubreuil naprzykład, omawiając etyologię ognika (strophulus), mówi o ząbkowaniu, jako o jednej z przyczyn tegoż. Utrzymuje on, że wykwity mogą tu powstać albo w drodze odruchowej, albo z przyczyn zaburzeń narządów trawienia, które zwykle trudnemu wyrzynaniu się zębów towarzyszą (W. Dubreuil: Précis de dermatologie 1909, 3. Edition, p. 236). Według znów Dariera, wyrzynanie się zębów może w drodze odruchowej wywoływać powstawanie wyprysku (J. Darier: Précis de dermatologie 1909 p. 49). Tenże autor, mówiąc o przyczynach ognika (strophulus), zalicza do nich i wyrzynanie się zębów, i jako dowód, że wyrzynanie się zębów może wywołać to cierpienie, powołuje się na fakt powstawania niekiedy ognika podczas wyrzynania się zębów mądrości (J. Darier l. c. p. 479). Słowem, według Sonenberga, francuzcy autorowie, mówiąc o stosunku ząbkowania do powstawania niektórych wykwitów, wypowiadają w tej mierze zdanie wyraźnie.

Kol. Pański zwraca uwagę na to, że u pewnych osób z usposobieniem do drgawek, drgawki lub pląsawica występują podczas krwawień miesięcznych lub ciąży, a zatem również zjawisk fizyologicznych i że nie powtarzają się u tych osób w przestankach pomiędzy krwawieniami miesięcznemi względnie ciążami. Nie można więc stanowczo twierdzić, aby i ząbkowanie nie miało żadnego wpływu na powstawanie drgawek u dzieci, u których istnieje usposobienie do drgawek.

Kol. Sterling zauważył, że wyrzynanie się zębów jest sprawą powolną, stopniową; miękkie części zanikają pod wpływem ucisku i ząb się stopniowo wyrzyna. Nie zajęto się dotąd naukowo patologią tej sprawy fizyologicznej, jakkolwiek istnieć tu muszą zboczenia, jak wszędzie, od sprawy fizyologicznej.

5) Kol. Goldberg przedstawia chorego, **operowanego z powodu przepukliny nową,** przez siebie opracowaną **metodą.**

Po wypreparowaniu worka do wrót wewnętrznych dzieli G. worek na dwa płaty, przedni i tylny. Przedni wprowadza przez otwór przepuklinowy do jamy otrzewnej i tutaj umieszcza go na przedniej ścianie brzucha, poniżej otworu przepuklinowego. Płat ten, zwrócony powierzchnią surowiczą do jelit, zewnętrzną zaś do ściany brzusznej, pozostaje w tem położeniu dzięki uciskowi jelit i w postaci kurtyny zamyka otwór przepukliny. Tylny płat kol. G. zagina ku górze w ten sposób, iż styka się z przednim płatem powierzchnią surowiczą i podtrzymuje płat wgłobiony do jamy brzusznej od zewnątrz. Wolny dolny koniec tylnego płatu zostaje umieszczony w szczelinie pomiędzy podminowanemi otrzewną i powięzią powyżej otworu przepuklinowego. Boczne szwy w celu utrzymania na miejscu płatów są zdaniem kol. G. zbyteczne. Co się zaś tyczy zwężenia kanału pachwinowego, wystarcza tutaj jedna z prostszych metod, n. p. Czernego lub Bassiniego bez przemieszczenia powrózka.

Nie przesądzając wartości metody, kol. G. zwraca uwagę na jej zalety, a mianowicie stworzenie w miejscu lejka otrzewnego gładkiej ściany, wzmocnionej dzięki zdwojeniu tutaj otrzewnej. W niektórych razach, tam mianowicie, gdzie otwór jest niewielkich rozmiarów, worek zato długi, można otrzymać nietylko zdwojenie, lecz i potrojenie ściany, gdyż płat przedni można zgiąć na podobieństwo fartuszka, powierzchniami surowiczemi zwrócony na obie strony, i tak zgięty pogrążyć w jamie brzusznej, a ponad nim umieścić płat tylny, jak poprzednio.

Kol. G. proponuje nazwać swą metodę operacyą doszczętną przepukliny drogą zdwojenia względnie potrojenia otrzewnej bez szwu. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad powyższym zabiegiem przemawiał kol. Goldman.

6) Goldman przedstawił **nowotworowo zmienioną nerkę,** usuniętą u 51-letniego Wacława K.

Dolegliwości chorego trwały od 3 miesięcy i polegały na uczuciu pełności w brzuchu, krwiomoczu bez powodu w odstępach kilkutygodniowych; pierwszy raz krwiomocz był 2 lata temu w formie krwawych plam na koszuli, czemu chory nie przypisywał większej wagi. Chory schudł znacznie w ostatnim miesiącu, w ostatnim tygodniu mocz mętny, 18 lat temu przymiot leczony. Badanie wykazało, co następuje: Odżywienie podupadłe, skóra blada, w lewem podżebrzu wyczuwa się guz wielkości głowy noworodka, poruszający się przy ruchach oddechowych, nie bolesny, nierówny na powierzchni; tylna granica guza ginie w okolicy lędźwiowej; wewnętrzne narządy bez zmian. W moczu i odczynie kwaśnym c. g. 10,20, z ilością białka odpowiadającą zawartej krwi, bez cukru, pod mikroskopem strzępy tkanki o niewyraźnym charakterze komórek. Badanie wziernikiem pęcherzowym wykazuje: prawy moczowód wydziela mocz czysty równomiernie, z lewego nie wydziela się nic; po wstrzyknięciu indigokarminu z lewego moczowodu wydziela się zabarwiony mocz po 8 minutach, z lewego wydzielają się strzępki tkanki. — Rozpoznanie kliniczne: nowotwór nerki.

Operacya d. 28. V. 1912: W znieczuleniu morfinowo-eterowem usunięcie nerki cięciem lędźwiowem. Nerka silnie zrośnięta z przeponą, oddzielenie naczyń bardzo utrudnione, udaje się — po podwiązaniu ich jedwabną nawiązką. Podczas oddzielania moczowodu bardzo silne krwawienie i oderwanie się całego guza. W związku z tem zapad, powoli ustępujący po zastosowaniu środków analeptycznych. Pierwsze 2 dni pooperacyjne tętno słabe, powoli się poprawia (wlewanie podskórne Na Cl, strofantyna do żył); 3-go dnia chory czuje się bardzo dobrze. Moczu oddaje 800 gr (przez pierwsze 2 dni po 250); na IV. dzień bez powodu krwotok silny podczas kaszlu, na V. dzień krwotok żołądkowy i jelitowy; pomimo stosowanych środków (Na Cl adrenalina, żelatyna) chory zmarł. Podniesienia ciepłoty przez cały czas po operacyi nie było. Badanie drobnowidowe guza (Dr Lange) brzmi: hypernephroma malignum.

Przypuszczalna przyczyna śmierci trudna do określenia. Nekroskopia wykonana być nie mogła.

(Streszczenie własne).

Preparat mikroskopowy powyższego nowotworu pokazał kol. Lange. E. Sonenberg.

VI. Zjazd techników polskich w Krakowie.

Redakcya otrzymała od komitetu organizacyjnego Zjazdu zawiadomienie, że lekarze nie są obowiązani do uiszczania wkładki uczestnictwa, przyczem przysługuje im prawo bywania na posiedzeniach ogólnych i sekcyjnych i brania udziału w obradach. Podając do wiadomości kół lekarskich to udogodnienie, wyrażamy nadzieję, że Koledzy skorzystają z uprzejmości Szan. Komitetu i wezmą liczny udział w posiedzeniach Zjazdu. Wkładka będzie obowiązywać lekarzy tylko, o ile zechcą uczestniczyć w zebraniach wieczornych i w wycieczkach.

Z bogatego programu Zjazdu przytaczamy poniżej tytuły odczytów, których treść może szczególniej interesować higienistów i lekarzy.

Obrady sekcyjne, z wyjątkiem niektórych odczytów, odbywać się będą w salach Collegium novum.

Czwartek, d. 12. września: Inż. Zygm. Ursini, dyr. wodoc. miej. w Tarnowie: »O wodociągach«. — Inż. Ign. Drexler, inż. bud. miejsk. we Lwowie: »O zakładaniu ulic miejskich«. — Inż. Stef. Stobiecki, inż. Wydziału kraj.: »Z higieny gleby

i o osuszaniu terenów budowlanych i powilgoconych budynków«. — Inż. St. G. Żeleński, właśc. zakł. witraż. w Krakowie: »Historya budowy miast wraz z przeźroczami świetlnemi« (Coll. physicum). — Inż. Zen. Wierzchowski, asyst. Politech. we Lwowie: »Studya nad działaniem maltozy na skrobię«. — Kar. Trochanowski, dyr. szk. realn. w Tarnowie: »Iwonicz i jego zdroje w latach 1839—1912«. — Kar. Trochanowski: »Sprawozdanie z prac chemicznych i bakteryologicznych dokonanych w latach 1906—1901 przy zaopatrzeniu miasta Tarnowa w wodę«.

Piątek, dn. 13. września: Dr Tom. Janiszewski, nacz. fizyk miejski w Krakowie: »Demonstracya najnowszych urządzeń w budynkach sanitarnych w Krakowie«. — Inż. Włodz. Dziakiewicz, inż. cyw. w Krakowie: »O wodociągach miast w Galicyi«. — Inż. Dr Romuald Rosłoński: »Miejskie budownictwo zdrowotne w XVI wieku w Polsce«.

Sobota, dn. 14. września: Inż. Otto Nadolski, inż. Namiestnictwa we Lwowie: »O sanacyi Krynicy«, — Inż. Tadeusz Szczepański, inż. wod miejsk. w Krakowie: »Odżelezienie wód wgłębnych«. — Dr Bron. Biegeleisen, Doc. Polit. we Lwowie: »Potrzeba i zakres działania inżynierów sanitarnych«.— Radca dw. inż. Rom. Ingarden i st. radca bud. inż. Jan Czerwiński: »O robotach obwałowań i kanalizacyi Wisły«. (Coll. physicum).

Niedziela, dn. 15. września: Inż. Wit. Jakimowski, st. inż. Namiest. we Lwowie: »O ochronie wód publicznych przed zanieczyszczaniem ropą i odpadkami naftowymi«. — Inż. Włodz. Dziakiewicz, inż. cyw. w Krakowie: »O kanalizacyi miast Galicyi«. — Inż. Wł. Lucht, z Zamościa: »W sprawie zanieczyszczania rzek«. — Inż. Konrad Gorecki, radca bud. m. w Krakowie: »O rzeźniach miejskich«.

W poniedziałek dnia 16. września odbędą się wycieczki do Sierszy i do Kobierzyna. (Bliższe szczegóły podane będą w »Dzienniku Zjazdowym«).

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek.« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redakcya otrzymała następujący komunikat z prośbą o umieszczenie:

»Panów Kolegów biorących udział w Zjeździe międzynarodowym ginekologów w Berlinie proszę, by w celu porozumienia zechcieli przybyć w niedzielę wieczorem, t. j. 8. b. m. o godz. 9 do kawiarni »Bauera, I. piętro (Unter den Linden)«.

Prof. Mars.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 19. VIII. do 26. VIII. 1912 przypadków: ospy — † 3, płonicy 2, dur wysypkowy — † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Niedawno odbył się w Bernie szwajcarskiem jubileusz 40-letniej pracy słynnego chirurga Kochera. W mowach podnoszono, że Kocher mimo korzystnych propozycyi pozostał zawsze wiernym Szwajcaryi i przez to przyczynił się bardzo do zwalczania tak częstego w tym kraju wola. Liczba wykonanych przez jubilata operacyi wola wynosi już przeszło 4000. Postanowiono jednę z ulic Berna nazwać ulicą Kochera. Jubilat przekroczył już 70 rok życia, pozostaje jednak dalej na swem stanowisku. Z okazyi jubileuszu ofiarował Kocher 200.000 fr. uniwersytetowi w Bernie na popieranie badań lekarskich. X.

— W Zürichu wprowadziła gmina bezpłatną pomoc położniczą dla kobiet, które mieszkają w mieście dłużej niż rok, a których rodzina ma mniejsze dochody niż 2000 franków rocznie. Rodząca może odbyć poród bezpłatnie w klinice lub w domu; wtedy dostaje do domu akuszerkę i w razie potrzeby lekarza, których opłaca miasto. X.

— Akademia medyczna w Turynie ogłasza konkurs z nagrodą 20.000 lirów z fundacyi Riberi za najlepszą pracę z dowolnej dziedziny medycyny, wykazującą wybitny postęp w nauce. Prace zgłaszać można w języku włoskim, niemieckim, francuskim, łacińskim lub angielskim do 31. grudnia 1916 pod adresem akademii w Turynie. X.

Redakcya otrzymała: Dr J. Bączkiewicz: Pamiętnik Zakładu leczniczego dla dzieci. Warszawa 1912. — W. Nowicki i K. Orzechowski: Stwardnienie guzowate i choroba Recklinghausena, jako jednostka chorobowa pod względem anatomicznym. (Odbitka z »Neurologii polskiej«, Warszawa 1912).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1912:

Gazeta lek. Nr. 31—34. Dominikiewicz: Kwaśność moczu oraz jej oznaczenie z punktu widzenia fizyko-chemicznego (31—33). — Bernstein: Przypadek kurczu torsyjnego (32—34). — Brochocki: Płód bez czaszki o mózgu niedokształconym, wypadłym. Wypadnięcie wnętrzności przez szczelinę mostkowobrzuszną (33). — Bujwid: Znaczenie czynników socyalnych w powstawaniu gruźlicy (34—35). — Szmurło: Przypadek chłoniaka przegrody nosowej (35).

Medycyna i Kronika lek. Nr 31—35. Bregman (dok. 31). — Watraszewski: O wartości leczniczej wcierań rtęciowych u dotkniętych przymiotem (32—33). — Stein: Kilka słów w sprawie płonicy złagodzonej (32). — Endelman: O związku zmian naczyniowych na dnie oka z zaburzeniami w układzie krwionośnym mózgu (33—34). — Pechkranc: Samoistne rozszerzenie przełyku (c. d. 34—35). — Giedgowd: O rozwoju tchawicy i oskrzeli u dzieci zdrowych i w niektórych chorobach (35).

Tygodnik lek. Nr. 31—36. Czubalski: O fizyologicznem działaniu salwarsanu (31—35). Skałkowski (dok. 34). — Selzer: Próba urządzenia uzdrowiska ludowego dla piersiowo chorych w okolicy Lwowa (32—33). — Raczyński: W sprawie projektu zniesienia oddziału zakaźnego przy szpitalu dziecięcym im. św. Zofii we Lwowie (33). — Mars: O postępowaniu chirurgicznem wobec otrzewnej (35—36). — Kramsztyk: Próby określenia ilości krwi przez skurcz serca wypychanej oraz ich znaczenie praktyczne (36).

Nowiny lek. Nr 8. Czajkowski: O leczeniu swoistem reumatyzmu oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia (c. d.). — St. Trzebiński: O teoryi Freuda i psychoanalizie. — Fr. Chłapowski: O rozbrojeniu ustrojów na powtórne wstrzyknięcie innorodnego białka i o bionomicznem znaczeniu anafilaksyi. — Starkiewicz: Gruźlica dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów (c. d.).

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt I. Tom VII.: Horodyński: Leczenie chirurgiczne przedziurawienia żołądka. — Bursche: Dwa przypadki operowane przepukliny mózgu. — Filipowicz: Sześć przypadków ropnia płuc. — Neugebauer: Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina, aut praesente extrauterina. — Zawadzki: W sprawie szwu naczyń krwionośnych. — Gabszewicz: Z kazuistyki ostrych ropnych zapaleń nerek.

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 4—6: Krzyształowicz: Histologia pokrzywki guzkowej trwałej. — Serkowski (c. d.).

Zdrowie Z. 8. Bregman: Alkoholizm a zwyrodnienie potomstwa. — Kłossowski: W sprawie zafałszowań produktów spożywczych w osadach i wsiach.

Kronika dentyst. Nr 8—9. Zawidzki (c. d. 8). — Krakowski: Zmiany i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego (9). — Zawidzki (c. d. 9).

Głos lekarzy Nr 15—16. Mikołajski: 1) Kasy chorych w Galicyi. 2) Z wycieczki do zdrojowisk krajowych. — Gantkowski: Alkohol a gruźlica. — Kurkiewicz: Sexologia a sexuologia.

Nasze Zdroje Nr. 17—18. Bandrowski: Bogactwa naszej ziemi (17). — Pawluk: O Niemirowie słów kilkoro (17). — Ebel: U kolebki wodolecznictwa (17—18). — »Es wird nicht verlangt« (18). — Wiczkowski: Rozwój sanatoryum ludowego w Hołosku i akcyi Tow. walki z gruźlicą (18). — Łobaczewski: Przemysł zdrojowy a ustawa przemysłowa (18). — J. I. Kraszewski: O zdrojownictwie polskiem.

Przeglad zdrojowo-kąpielowy Nr. 9—10. Cercha: Znaczenie chemii fizycznej i biologii dla balneoterapii chorób niewieścich.

Słowo lekarskie Nr 15—16. Izby lekarskie mają charakter władz (15). — Co słychać z nową ordynacyą ubezpieczenia społecznego w Niemczech? (15). — Z historyi nauki o gruźlicy (15). — Lekarze wobec ubezpieczenia społecznego w Anglii (16). — O czystości u Japończyków (16).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.